UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 46

TRAITEMENT

DE

L'UVÉÏTE CHRONIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Mars 1911

PAR

Henri CHARLET

Né à Evian-les-Bains (H.-S.), le 16 novembre 1884

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES ET DE LA MATERNITÉ DU GARD (Concours 1907)

INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1910)

ASSISTANT A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Examinateurs de la thèse { TRUC, professeur, *président.* / MOURET, prof.-adj. / RICHE, agrégé. / EUZIÈRE, agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, Successeurs

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1911

TRAITEMENT

DE

L'UVÉÏTE CHRONIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 46

TRAITEMENT

DE

L'UVÉÏTE CHRONIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Mars 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Henri CHARLET

Né à Evian-les-Bains (H.-S.), le 16 novembre 1884

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES ET DE LA MATERNITÉ DU GARD (Concours 1907)

INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1910)

ASSISTANT A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Examinateurs de la thèse { TRUC, professeur, *président*. MOURET, prof.-adj. RICHE, agrégé. EUZIÈRE, agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, Successeurs

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérap utique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie medicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, (chargé des fonct.)

Examinateurs de la thèse ;

MM. TRUC, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
MOURET, *profess.-adj.*	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR J. ALBERT

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

LE DOCTEUR A. VAUTTIER

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

H. CHARLET.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

HOPITAUX DE NIMES

MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER DE SARDAN

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSALE

HOPITAUX DE MONTPELLIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

H. CHARLET.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR-ADJOINT MOURET

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RICHE

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ EUZIÈRE

JUGES DE THÈSE

A MES MAITRES DE CONFÉRENCES D'INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ GAUSSEL

MONSIEUR LE CHEF DE CLINIQUE RIVES

MONSIEUR LE CHEF DE CLINIQUE ROGER

H. CHARLET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0015

PREFACE

Il nous a été donné, au cours de l'année qui vient de s'écouler, d'observer, dans le service de notre maître, M. le professeur Truc, plusieurs cas d'uveïte chronique.

L'importance de cette affection, sa gravité, surtout si sa nature est méconnue, la possibilité enfin d'enrayer son évolution par une intervention précoce, nous ont décidé à étudier cette question et à rechercher surtout quels étaient les différents moyens thérapeutiques dont disposait le praticien à son égard.

Nous n'avons fait entrer dans notre étude que l'uveïte chronique, relevant d'un trouble non spécifique, c'est-à-dire que nous en avons écarté toutes les irido-choroïdites plastiques de nature syphilitique, tuberculeuse, rhumatismale ou sympathique, réservant seulement les uveïtes consécutives à des troubles généraux ou locaux non spécifiques, uveïtes surtout génitales, gastro-intestinales, etc.

Cette division clinique reste néanmoins très arbitraire, car les uveïtes peuvent résulter de causes multiples, complexes ou absolument indéterminées.

Dans certaines uveïtes l'étiologie n'est guère appréciable ; d'autres relèvent surtout de troubles régionaux ou locaux (sinusites, rhinites, états lacrymaux) ; d'autres enfin résultent de troubles dyscrasiques associés.

C'est ainsi, d'après M. le professeur Truc, qu'on observe l'uveïte chronique double, dite rhumatismale, chez des

sujets, hommes ou femmes, manifestement tuberculeux. Notre maître vient même d'en rencontrer récemment encore deux cas en consultation.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de quarante ans, avec ostéo-arthrite du genou gauche, dite d'abord tuberculeuse, et traitée en conséquence, puis qualifiée arthritique, après l'apparition d'une double uveïte chronique, avec cataracte secondaire.

Dans le second, une dame de 70 ans présente de l'uveïte chronique double, avec cataracte symptomatique, et en même temps des ganglions cervicaux suppurés considérés comme tuberculeux.

N'est-ce pas ici le rhumatisme tuberculeux de Poncet, et n'existe-t-il pas des uveïtes, considérées comme rhumatismales chez des tuberculeux, qui soient plutôt tuberculeuses chez des rhumatisants ?

On connaît bien certaines uveïtes tuberculeuses à follicules spécifiques ; il faudra sans doute établir aussi des uveïtes tuberculeuses d'allure banale. C'est une grosse question, actuellement à l'étude.

Après quelques considérations générales nécessaires à la compréhension de notre travail, nous avons passé successivement en revue les différents traitements de l'uveïte chronique, en indiquant au fur et à mesure de leur étude leurs indications et leurs résultats.

Il nous a paru utile de faire suivre le chapitre des observations d'un tableau synoptique, les groupant, facilitant ainsi leur lecture par la mise en évidence des résultats thérapeutiques obtenus et des divers traitements employés.

Et maintenant, il nous reste un devoir qu'il nous est agréable de remplir : nous voulons, avant de clore défi-

nitivement notre scolarité, remercier sincèrement tous ceux qui nous ont porté de l'intérêt au cours de nos études médicales.

C'est à notre maître, M. le professeur Truc, que vont nos premiers remerciements.

Successivement comme externe et comme assistant dans son service, nous avons pu longuement apprécier ses savantes leçons, et nous comptons en profiter longtemps encore. Il a eu la bonté de nous inspirer le sujet de notre thèse ; c'est à son école que nous nous sommes formé, et nous ne pouvons que l'assurer de notre entière reconnaissance.

Nous sommes heureux de pouvoir ici témoigner toute notre gratitude à M. le professeur Jeanbrau, qui sut nous entourer, au début de nos études, d'une touchante sollicitude.

Nous remercions également nos maîtres des Hôpitaux de Nimes, dont les leçons cliniques nous ont été si profitables.

Nous assurons de toute notre reconnaissance maîtres et camarades, qui surent nous témoigner leur sympathie, et quant à notre vieil ami, qui s'effraie d'être nommé ici, les longues heures de travail en commun, les nombreuses péripéties de notre vie d'étudiant déjà longue, nous ont fait apprécier les charmes d'une solide amitié.

Puissent les hasards de la clientèle ne pas l'amoindrir, lorsque, par eux, nous serons éloignés de la vieille cité montpelliéraine.

INTRODUCTION

C'est aux environs de 1889 à 1890 que l' « uveïte chronique » fit son entrée en pathologie ophtalmologique. Et tandis que de Lapersonne, en 1889, étudiait les uveïtes dyscrasiques, Grandclément commençait, en 1890, une des études les plus approfondies et les plus suivies de la question.

Sans doute, depuis longtemps déjà, on connaissait ces iritis à marche insidieuse, puisque nous retrouvons, en 1865, une thèse de Strasbourg, celle de Biscarat, sur les iritis chroniques, qu'en 1873 Hutchinson créait le terme de *quiet iritis,* et qu'en 1885, St-Martin faisait une thèse sur l'iridectomie dans les iritis à rechute.

Cependant, si cette forme particulière de phlegmasie irienne avait déjà excité la sagacité de nombreux auteurs, il faut reconnaître que, jusqu'alors, les données cliniques de cette affection particulière n'avaient pas encore permis de la bien délimiter, en un mot de la faire entrer en un cadre rigoureusement à sa mesure.

Or, depuis Grandclément, tout le monde est à peu près d'accord sur la signification du terme « uveïte chronique », et, s'il existe encore quelques divergences sur le siège anatomique de la lésion, l'entente est unanime sur la physionomie clinique à assigner à l'uveïte chronique.

Au Congrès d'ophtalmologie de Paris, en 1891, Grandclément définissait cette affection : une inflammation chro-

nique de l'uvée, c'est-à-dire de la couche toute postérieure de l'iris, émanation directe de la rétine réduite à son élément épithélial postérieur.

Il insistait tout particulièrement sur la différence entre l'iritis vulgaire et l'uveïte, en comparant l'uvée à une séreuse et en disant que l'iritis est à l'uveïte ce que la pneumonie est à la pleurite.

Pour la grande majorité des autres auteurs, uveïte chronique et irido-choroïdite chronique sont termes semblables, et pour eux c'est la membrane vasculaire tout entière qui est atteinte.

Depuis, et bien qu'aucune revue générale n'ait encore paru sur la question, un nombre relativement important de publications a été communiqué à ce sujet dans ces vingt dernières années. Ainsi s'est précisée peu à peu l'étude des uveïtes chroniques.

Grandclément, en 1896 et en 1901, vient, par de nouvelles observations, confirmer sa première communication de 1891 ; Panas, en 1897 et en 1900, étudie le rôle de l'auto-infection dans la pathogénie de l'uveïte chronique ; Berger, en 1892, et plus tard en 1905, en collaboration avec Lœwy, étudie les rapports de l'uveïte avec les troubles des organes génitaux chez la femme ; Truc, en 1892, publie une observation détaillée faisant ressortir ces mêmes rapports ; de Schweinitz, en 1902 et 1906, reprend le rôle des auto-intoxications en tant que cause déterminante, et peu à peu s'augmente le nombre des observations sur la question.

L'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et le traitement sont autant de chapitres qui se dégagent de l'ensemble des observations publiées.

Mais l'étiologie est obscure et n'est pas encore complètement mise à jour. L'uveïte chronique apparaît chez des

individus, surtout des femmes, présentant à première vue une bonne santé générale. Ce n'est qu'en procédant à un interrogatoire serré et méthodique, en pratiquant un examen systématique et complet, que l'on arrive à trouver chez ces malades des troubles viscéraux peu marqués, mais suffisant à la longue pour amener une perturbation profonde de la nutrition générale. C'est ainsi que des troubles dyspeptiques anciens, une dysménorrhée rebelle ou des manifestations métritiques chroniques, sont découverts chez ces porteurs d'uveïte.

De cette étiologie, la pathogénie apparaît plus clairement.

Pour ceux qui considèrent l'uveïte comme une irido-choroïdite chronique, l'uvée étant la membrane vasculaire, la localisation toxique s'y fait de préférence.

Quoi qu'il en soit, les produits toxiques versés dans l'économie d'une façon lente mais continuelle, finissent par modifier les humeurs de l'organisme et par retentir sur l'œil, par l'intermédiaire du système vasculaire (Jocqs).

Ainsi surviennent ces uveïtes au cours de menstruations anormales, d'établissement de règles ou de ménopauses, dont les symptômes généraux, fièvre, nausées, vertiges, somnolence, parlent en faveur d'une auto-intoxication (Leber).

Telles sont les causes de ces uveïtes chroniques ; quant à leurs manifestations extérieures, elles sont des plus réduites.

Presque toujours binoculaire, l'uveïte chronique, qui frappe presque exclusivement la femme entre 17 et 50 ans, évolue très insidieusement. Grandclément, au XIII[e] Congrès international de 1900, s'exprime ainsi : « L'uveïte, pendant plusieurs années, ne se traduit que par de très petites crises fluxionnaires de l'un des yeux, alternative-

ment, d'une durée de trois à quatre jours, et revenant de loin en loin, avec des intervalles de plusieurs semaines. Chaque fluxion est caractérisée par une très légère rougeur du globe, une douleur généralement insignifiante, un peu d'obnubilation de la vision et surtout par l'apparition dans le champ visuel de mouches noires, avec des phosphorescences ; puis, tout disparaît et rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine crise fluxionnaire. »

Si une thérapeutique active et précoce n'intervient pas, la vision reste un peu amoindrie à chaque crise, si bien que le malade arrive à la cécité dans un espace de temps toujours assez long, et qui varie de quatre à sept ans. Au cours de cette évolution des poussées glaucomateuses peuvent se produire, mais la période finale se termine toujours en hypotonie.

TRAITEMENT

DE

L'UVÉITE CHRONIQUE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les très rapides notions que nous venons de donner sur les uvéites chroniques, nous suffiront cependant pour avoir une idée assez exacte de l'affection et pour comprendre les différentes indications thérapeutiques qu'il faut remplir, si l'on veut enrayer ce processus inflammatoire, qui pour être insidieux n'en est pas moins tenace et rebelle à nombre de médications.

Si nous jetons un regard sur l'évolution clinique de la maladie et si nous essayons d'en avoir une idée d'ensemble, nous la voyons constituée schématiquement par une série de crises fluxionnaires. Au cours de ces crises, peu à peu, apparaissent diverses manifestations que l'on considère comme des complications, mais qui sont presque des symptômes, puisque leur présence est de règle, que leur apparition est presque fatale si l'on n'intervient pas.

Nous voulons parler des crises d'hypertonie, des exsudats pupillaires, de l'opacification des milieux, de l'hypo-

tonie finale, que le médecin est appelé à constater, comme autant de manifestations morbides dont la gravité suit une marche ascendante.

Il faudra donc, en face de ces malades, avoir présent à l'esprit l'évolution clinique de l'uveïte chronique, reconnaître la phase actuelle de l'affection et savoir ce qu'elle deviendra dans la suite.

Il faudra, si l'on ne veut pas s'exposer à de cruelles désillusions, savoir reconnaître l'affection à temps, avertir le malade de la gravité du pronostic et savoir le persuader que, s'il ne souffre pas, il n'en est pas moins gravement menacé dans une de ses fonctions, la plus fine et la plus délicate. Il faut qu'il sache que, malgré l'absence du symptôme douleur, il est sous le coup de devenir aveugle et que, plus il attend, plus il compromet ses dernières chances de guérison. Le malade doit savoir surtout que, s'il s'est inquiété à temps de la diminution de sa vision, s'il n'a pas attendu que de trop nombreuses synéchies soient venues compromettre gravement la nutrition irienne et que son œil ne soit pas encore entré en hypotonie, il doit savoir, disons-nous, qu'une surveillance intelligente et longtemps poursuivie, qu'une thérapeutique opportune et éclairée, sont susceptibles d'arrêter la marche de son affection qui, sans elles, aboutirait à la cécité.

Il doit savoir enfin que l'uveïte chronique est ordinairement bilatérale, que, par conséquent, c'est sa vision toute entière qui est en jeu, et qu'il a en main les moyens de parer à une pareille catastrophe.

Trop souvent, en effet, c'est lorsque la vision n'est plus que quantitative, lorsque la pupille est obstruée, que l'iris, déformé, a un aspect terne et frippé, et qu'en un mot le médecin se trouve en face d'une situation irrémédiable, que le malade se décide à venir le consulter.

Or, à ce moment, du fait même de l'ancienneté de la lésion, la réaction à l'inflammation chronique a perturbé à tel point l'architecture de l'uvée, la membrane vasculaire a été si bouleversée, que sa fonction est plus que compromise et que les organes qui reçoivent d'elle leur nutrition normale souffrent et s'altèrent. Le cristallin, le corps vitré, qui n'ont aucun vaisseau, et qui dépendent d'une façon absolue de la bonne vascularisation des organes voisins, sont les premiers atteints.

Pour peu que leurs lésions soient avancées, on conçoit l'assombrissement du pronostic, on imagine qu'il est plus réservé dans une affection où il l'est déjà beaucoup, en songeant que si les exsudats du corps vitré s'organisent définitivement, c'en est fait de la bonne perception lumineuse.

Contre l'opacification du cristallin, on pourra toujours avoir recours à l'extraction, mais contre l'organisation des corps flottants du vitré, contre leur sclérose, nous sommes obligés d'avouer notre impuissance.

De plus, et cette notion doit toujours être présente à l'esprit du praticien, l'uveïte chronique à un stade avancé fait de l'hypotonie, et lorsque l'hypotonie s'est déclarée, l'œil est perdu. On aura beau pratiquer une large iridectomie, rétablir la perméabilité de l'angle iridocornéen, faire une extraction du cristallin opacifié, l'hypotonie progresse et l'œil est voué à l'atrophie.

Donc, intervention précoce, mais pour cela diagnostic solide et précis.

Or, une question se pose : En face d'une affection qui poursuit, semble-t-il, une évolution inéluctable, sommes-nous impuissants, n'avons-nous en main aucune arme à opposer à cette insidieuse progression morbide ? Les données que nous venons d'exposer il y a un instant facilite-

ront notre réponse et feront comprendre pourquoi elle varie suivant le stade atteint par la maladie. Désarmés, nous le serons lorsque l'uveïte chronique aura eu le temps de parcourir tous ses degrés et aura, par la réaction lente suscitée par elle, désorganisé l'œil atteint ; mais où notre intervention sera salutaire, ce sera lorsque l'affection aura été prise dès le début, alors que la réaction à l'inflammation n'aura pas eu le temps de produire des lésions cicatricielles, des troubles irréparables.

Du reste, et cela se conçoit, les indications thérapeutiques appelées à parer au danger du moment, varieront suivant les lésions constatées, et à chaque complication nouvelle correspondra une indication particulière.

L'uveïte chronique, avons-nous dit, peut être envisagée schématiquement comme constituée par une série de poussées inflammatoires subaiguës, séparées par des périodes de calme. Le traitement variera suivant que l'on se trouvera en période aiguë ou en période d'accalmie. De plus, les considérations générales du début de notre travail nous ont appris que l'œil n'est pas l'organe indépendant que l'on s'était plu à décrire jusqu'alors, mais que, bien au contraire, par l'intermédiaire de sa membrane vasculaire, il subit, d'une façon plus ou moins immédiate, tous les contre-coups des modifications humorales de l'organisme (Berger).

Nous avons vu, en effet, que les données actuelles de nos connaissances assignent comme étiologie à l'uveïte, toutes les intoxications chroniques, qu'elles soient le résultat d'infections locales diffusant au loin des toxines ou de fonctionnements viscéraux défectueux, fabriquant ou n'éliminant pas des produits toxiques.

Ces notions étiologiques et pathogéniques nous permettent d'entrevoir du même coup la diversité du traitement

que l'on sera amené à instituer au cours de l'uveïte chronique.

Puisque nous savons que toutes les fois qu'il y a empoisonnement chronique, que toutes les fois qu'il y a nutrition ralentie, encombrement de l'organisme, passage continu de produits de désassimilation dans le sang, l'uvée risque d'être atteinte et altérée par ces produits irritants, que la persistance de cette irritation est susceptible de déterminer une uveïte chronique, il nous sera facile de tirer cette conclusion pratique que tout ce que nous ferons pour désintoxiquer notre organisme malade sera autant de mesures propres à prévenir, traiter ou guérir notre uveïte.

Et ainsi un traitement général, qu'il soit médical ou chirurgical, pourra, dans certains cas, être le traitement héroïque d'une lésion d'un organe qui semble si indépendant du reste de l'organisme.

Cependant, à côté du traitement général, le traitement local prédomine presque toujours. En effet, si les lésions de l'uvée ont leur point de départ dans une intoxication chronique, les lésions une fois constituées évoluent pour leur propre compte, et à ce moment la suppression de la cause initiale ne suffit plus, il faut aller sur place combattre les troubles oculaires. Il se passe dans l'œil les mêmes phénomènes que nous voyons en pathologie générale, au cours de l'artério-sclérose par exemple, où les lésions d'abord temporaires deviennent ensuite définitives et indépendantes de la cause première.

Ainsi, après avoir agi pour ainsi dire indirectement, par une médication générale, nous devrons intervenir localement, et là aussi des soins médicaux ou des interventions chirurgicales seront nécessaires, suivant le but à atteindre. L'uveïte chronique est-elle à ses débuts, et assistons-

nous au commencement d'une poussée fluxionnaire, c'est aux mydriatiques que nous nous adresserons, aux fomentations chaudes, aux injections sous-conjonctivales de sublimé, autant d'actions locales destinées à atténuer la phase aiguë de cette crise et à prévenir l'établissement de nombreuses synéchies.

N'avons-nous pu, au contraire, intervenir à temps, ou bien notre intervention a-t-elle été inefficace et de nombreuses synéchies sont-elles venues encombrer la pupille ou fixer la face postérieure de l'iris à la cristalloïde antérieure, c'est à la rupture de ces adhérences, ou à l'iridectomie, que nous aurons recours, à l'extraction du cristallin s'il s'est opacifié ou si des adhérences totales et des exsudats nombreux sont venus abolir la vision.

Et si nous découvrons, au cours d'une fluxion, de la tendance à l'hypertonie, les mydriatiques cèderont la place aux myotiques et des paracentèses souvent répétées viendront mettre un terme à cette dangereuse complication. Nous nous réservons, du reste, de décrire plus complètement et plus en détail les différentes indications des divers traitements, lorsque nous nous occuperons spécialement de chacun d'eux, et nous aurons ainsi, après ces données générales, destinées à donner une idée d'ensemble de notre travail, tous les renseignements précis concernant le traitement des uveïtes.

Nous allons donc, maintenant, envisager successivement les différents traitements prophylactiques, généraux, régionaux et locaux de l'uveïte chronique.

CHAPITRE II

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Ce que nous avons dit dans les pages précédentes et ce que nous exposerons au cours du traitement curatif pourra s'appliquer au traitement prophylactique, puisqu'il consiste à prévenir les causes déterminantes que nous allons être appelé à traiter dans un instant.

Nous serons donc bref. L'uveïte, avons-nous dit, est souvent fonction chez la femme, de règles défectueuses ou d'affections utérines ; nous ferons donc de la prophylaxie en instituant une médication emménagogue, en régularisant une menstruation irrégulière ou en rétablissant un flux menstruel pathologiquement interrompu.

Prophylactiques seront les injections vaginales, les pansements ou les curettages utérins au cours d'une métrite chronique. La désinfection générale, les laxatifs, les lavements, en luttant contre un encombrement intestinal, atteindront le même but, et il en sera pareillement de toutes les trépanations de sinus malades, de tous les traitements de sinusites rebelles ou de périostite alvéolo-dentaire chronique, susceptibles elles aussi de retentir sur la membrane vasculaire de l'uvée.

Chez l'homme enfin, on fera de la prophylaxie également en traitant une blennorrhée, une prostatite ou une cystite chronique.

CHAPITRE III

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le traitement général, qu'il soit médical ou médico-chirurgical, peut être, comme nous le savons déjà, gastro-intestinal, vaginal, utérin, uréthral, prostatique, en un mot s'adresser à toute source toxique éloignée de l'œil.

A. Traitement médical. — Médical, il le sera surtout lorsque nous viserons le désencombrement intestinal, lorsque nous combattrons la coprostase, lorsque nous voudrons faire de l'antisepsie générale.

Donc, toutes les fois qu'un malade viendra nous trouver et que nous reconnaîtrons chez lui des lésions d'uvéïte, nous devrons rechercher soigneusement si le jeu de chacun de ses organes est régulier. Nous interrogerons particulièrement son appareil digestif tout entier, pour dépister une dilatation d'estomac, une atonie intestinale ou un mauvais fonctionnement hépatique. Existe-t-il de la coprostase pouvant faire supposer la stercorémie, les laxatifs, et en particulier le calomel, sont indiqués.

Panas, dans un article de la *Semaine Médicale*, préconise en pareil cas l'emploi de l'iodoforme comme désinfectant intestinal, et pour parer à l'odeur désagréable de ce médicament, lui associe la poudre de café comme désodorisant.

Il formule ainsi :

Iodoforme..... 0,15 à 0,30, suivant l'âge
Poudre de café.. 0,15 à 0,30, —

pour deux cachets à prendre dans la journée.

Il conseille ensuite d'alterner ce traitement avec des injections intra-musculaires de petites quantités de mercure :

Huile stérilisée..... 1 centimètre cube
Biiodure de mercure.... 0,004 milligrammes.

Il pratique une injection de un centimètre cube par jour et obtient ainsi un résultat antitoxémique.

Harriet préconise dans la même intention le calomel à dose fractionnée : 0,02 ctgr. à 0,03 ctgr. par jour.

La médication doit être continue pendant longtemps, puis reprise après une période de repos.

Dimoyat, dans sa thèse des troubles oculaires d'origine gastro-intestinale, rapporte des observations prises à la Clinique ophtalmologique de Montpellier, qui montrent le rôle de cette désinfection.

Notre maître, M. le professeur Truc, emploie dans ce but, soit les divers purgatifs salins, soit l'aloès, la rhubarbe ou l'huile de ricin. Dans les cas de constipation opiniâtre, il prescrit un purgatif salin, 35 grammes de sulfate de magnésie par exemple, et tous les soirs 15 centigrammes d'aloès et de rhubarbe. L'usage des laxatifs est, en outre, longtemps continué.

Si nous jetons un coup d'œil sur les tableaux synoptiques résumant nos observations, nous voyons employer, comme médication générale, les différents emménagogues (observations I et III), les frictions mercurielles (obs. V et XIV), le calomel, le fer, l'arsenic (obs. VII et XII), l'io-

dure (obs. XIV), et les injections hypodermiques de pilocarpine (obs. IV et VIII).

Comment agissent ces différents médicaments ? Quel est le mécanisme de leur action ? Telle est maintenant la question que nous devons nous poser.

Les antiseptiques intestinaux, les laxatifs, agissent en modifiant les milieux gastro-intestinaux, en les rendant moins favorables à la riche flore microbienne de ces malades. Ils agissent encore en stimulant les mouvements péristaltiques, en faisant de la rééducation intestinale, toutes choses permettant un fonctionnement plus régulier du système digestif et un rejet plus complet de tous les produits de déchets.

De Lapersonne, en 1889, dans un article intitulé « De l'uvéite dyscrasique », avait remarqué que ces malades étaient souvent des dyspeptiques, atteints de dilatation d'estomac. « Ne pourrait-on pas admettre, conclut-il, que sous l'influence de ces altérations du tube digestif, des produits septiques se sont résorbés et vont produire l'irritation spéciale qui entraîne l'iritis ? »

De Wecker estime qu'il faut lutter contre l'auto-intoxication, et préconise les désinfectants généraux, ainsi que la stimulation ou la suppléance des émonctoires par les organes vicariants.

En ce qui concerne les emménagogues, différents travaux sont venus éclaircir le problème. Leber, Plantier, Grœnow, Frænkel, Jocqs, Berger et Lœwy ont apporté successivement le résultats de leurs travaux sur ce sujet.

La menstruation est considérée, au moins en partie, comme un moyen pour l'organisme de se débarrasser de produits toxiques spéciaux, et si nous parcourons l'ouvrage de Berger et Lœwy, « Troubles oculaires d'origine

génitale chez la femme », nous trouvons d'intéressantes notions à ce sujet. Il se forme des produits anormaux d'échanges pendant la menstruation (Grœnow, *loc. cit.*), et c'est le corps jaune qui jouerait dans cette production le rôle primordial (Frænkel, *loc. cit.*).

Pour appuyer la mise en évidence de ces décharges périodiques de toxines, Leber fait ressortir les phénomènes généraux qui accompagnent souvent les règles, qu'elles soient normales ou anormales. La fièvre, les vertiges, la somnolence, les nausées, cortège fréquent d'une période menstruelle, plaident en sa faveur.

Plantier, constatant l'élévation de la température des nourrissons au moment des règles de leur nourrice, conclut à leur intoxication par leur nourrice auto-intoxiquée.

Ainsi comprendrons-nous facilement Frænkel disant : « Lorsque les produits toxiques ne peuvent être éliminés par l'utérus, dysménorrhée, aménorrhée, ménopause, la décharge par l'utérus ne se fait pas et les phénomènes d'auto-intoxication produisent des manifestations oculaires. »

Ainsi comprendrons-nous également Berger et Lœwy disant : « L'influence toxhémique dans la pathogénie de certains cas d'irido-choroïdite, accompagnant les règles est démontrée... » et ailleurs : « On connaît depuis longtemps l'influence de la ménopause sur le développement d'une inflammation du tractus uvéal. »

Ces différentes notions répondent à la question que nous nous étions posée à propos de la médication emménagogue.

Si, en effet, la menstruation est un moyen de décharge toxique pour l'organisme, que toute entrave à cette fonction peut menacer l'œil, nous comprenons comment une médication, destinée à régulariser ou rétablir cette fonc-

tion, soustrait du même coup l'œil au danger qu'il courait.

Quant aux mercuriaux et aux iodures, ils sont employés surtout comme résolutifs et ils sont particulièrement indiqués, les iodures de préférence, lorsque l'on redoute le passage à la sclérose des corps flottants du vitré.

En ce qui concerne les mercuriaux (*Encyclopédie d'ophtalm.*), nous savons, en effet, qu'ils ne sont pas employés seulement dans toutes les affections syphilitiques, mais qu'on y a recours dans toutes les affections des membranes profondes, de la choroïde en particulier.

Les injections hypodermiques de pilocarpine, en amenant une sudation marquée, favorisent, elles aussi, la résorption des exsudats.

Enfin, le calomel et le mercure à petites doses, comme nous l'avons déjà dit, agissent avec efficacité comme antiseptiques généraux.

B. Traitement chirurgical. — Les interventions chirurgicales, ou plutôt médico-chirurgicales, d'ordre général, que l'on est appelé à pratiquer au cours d'une uveïte chronique, ne sortent pas de la sphère génito-urinaire, et dans le cas particulier c'est l'utérus qui sera le plus souvent en jeu, et c'est sur lui que l'on devra le plus souvent intervenir.

Dans un article des *Archives d'Ophtalmologie* de 1896, Vignes et Batuaud concluent qu'en présence d'une affection oculaire à poussées menstruelles, on doit systématiquement procéder à un examen gynécologique, alors même que la malade n'accuse pas de symptômes bien nets du côté de l'appareil utéro-ovarien.

Une endométrite infectieuse, en effet, même presque

latente, est susceptible d'être la cause des manifestations morbides observées du côté de l'œil.

Enfin, et ceci nous intéresse particulièrement, une endométrite chronique à staphylocoques peut donner naissance à une irido-choroïdite plastique.

Pour toutes ces raisons, la désinfection de l'utérus, que le curettage permet d'obtenir aussi complète que possible, peut, dans ce cas, amener une amélioration très notable et persistante de l'irido-choroïdite, alors que, point important à noter, le traitement ophtalmologique n'avait pu arrêter l'évolution de l'affection oculaire.

De même, voyons-nous de Wecker déclarer que le traitement local de l'utérus se montre souvent bien plus efficace que celui qu'on avait institué contre l'affection en la traitant isolément. Ces données nous sont du reste, confirmées par nos observations II et XIII. Dans la première, le traitement local ne donnant pas de résultats appréciables, un examen gynécologique révèle une ulcération du col et une déchirure du périnée. Ces lésions, traitées par une périnéorraphie et la pose d'un pessaire, une guérison oculaire relativement rapide survient, alors que l'iridectomie avait été insuffisante à enrayer la marche de l'affection.

Dans notre observation XIII, c'est un curettage utérin, venant mettre fin à une endométrite glandulaire chronique, qui amène une guérison semblant définitive. Au reste, plus la lésion externe est appréciable, plus sont grandes les chances de guérison oculaire.

Si, au contraire, ces lésions sont peu précises, comme à la ménopause ou comme dans certaines dysménorrhées, les indications d'intervention locale sont beaucoup moins nettes. Tout l'organisme est atteint et les résultats thérapeutiques sont plus lents et moins appréciables (de Wecker).

C'est encore le curettage utérin qui détermine dans notre observation XIV, un retour presque à la normale de l'acuité visuelle.

Comme nous le voyons, toutes ces interventions portent sur l'utérus, mais l'on comprend aisément qu'en présence d'une vaginite, d'une prostatite rebelle, d'une urétbrite chronique avec rétrécissement, le champ des interventions variera avec celui des lésions, et ce seront des injections vaginales, des massages de la prostate, de la haute dilatation de l'urèthre, des uréthrotomies internes qui seront, suivant le cas, l'indication dominante.

La façon dont agiront ces différentes opérations nous apparaît d'autant plus facilement que nous avons déjà donné de longues explications au sujet du traitement médical.

Mais ici nous devons ajouter des données nouvelles car l'action thérapeutique y est plus complexe. Sans doute, les curettages utérins ont bien pour cause éloignée de rétablir une menstruation défectueuse et fonctionnant mal, par suite du mauvais état de l'organe malade, mais ils ont une action plus immédiate, qui est la suppression d'une lésion locale, d'un foyer infectieux qui dissémine au loin et d'une façon constante des produits toxiques dans l'organisme tout entier.

Donc, double action : 1° suppression d'une source microbienne ; 2° rétablissement du fonctionnement d'un émonctoire, aboutissant tous deux à une diminution de toxicité des milieux organiques.

Quant aux interventions vaginales, prostatiques et uréthrales, elles n'agissent que par la modification d'une zone résorbant anormalement des toxines microbiennes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT RÉGIONAL

Dans l'*American Journal of Ophtalmology,* nous voyons Fish recommander d'examiner toujours soigneusement et systématiquement les sinus péri-orbitaires quand un sujet se plaint d'iritis, de cyclite, de choroïdite.

De même, voyons-nous notre maître, M. le professeur Truc, dans sa leçon clinique sur les uveïtes chroniques doubles, dire que le traitement régional sera lacrymal, nasal, pharyngé ou sinusien, suivant le cas. Il sera lacrymal lorsqu'il faudra rétablir la perméabilité des voies lacrymales, lorsqu'une sténose sera venue s'opposer au libre écoulement des larmes.

Du côté du nez, on devra s'assurer s'il n'existe pas une rhinite chronique ou des polypes nasaux pouvant favoriser le développement d'une sinusite.

On devra reconnaître que le malade n'est pas porteur de végétations adénoïdes. La bouche sera soumise à un examen soigneux et l'on devra rechercher s'il n'est pas d'hypertrophie des amygdales ou si une dent n'est pas atteinte de périostite alvéolo-dentaire.

Les sinus maxillaires, ethmoïdaux, frontaux, sphénoïdaux devront être enfin soigneusement explorés. De même, en effet, que des suppurations éloignées retentissent sur l'œil et y déterminent des troubles dans l'uvée, de même

à plus forte raison comprendrons-nous que des lésions du voisinage puissent avoir le même effet. Fromaget et Ulry (*Archives d'Ophtalm.*, 1898) citent le cas d'un malade présentant des poussées de choroïdite séreuse, coïncidant chaque fois avec une fluxion d'une canine atteinte d'ostéo-périostite. L'extraction de la dent ayant amené la disparition des troubles visuels, apporta du même coup la preuve des rapports de ces deux manifestations morbides.

Robine fait sa thèse sur les iritis d'origine nasale ; Bulette attribue une choroïdite à la nécrose de l'ethmoïde, et enfin nous voyons, dans le service de notre maître un malade actuellement en traitement et présentant une névrite optique consécutive à une amygdalite chronique du même côté.

Tous ces faits prouvent nettement le retentissement sur l'œil des lésions du voisinage.

Le traitement régional consistera donc, suivant le cas, en une ablation de végétations pharyngées, de polypes nasaux, une avulsion dentaire, une cautérisation ou une ablation d'amygdale, ou enfin en une trépanation ou un drainage de sinus.

Ici, comme pour le curettage utérin, l'action thérapeutique aura pour but de supprimer un point d'infection chronique qui, situé plus près du champ oculaire pourrait retentir sur lui avec plus de facilité.

CHAPITRE V

TRAITEMENT LOCAL

A. Traitement Médical. — De même, lorsque nous étudierons le traitement chirurgical local, nous verrons les indications et les interventions varier suivant la phase aiguë ou le stade de repos de l'uvéite ; de même voyons-nous les mêmes variations, et cela pour les mêmes motifs, dans la thérapeutique médicale locale.

En période de poussée fluxionnaire, la médication locale doit être avant tout antiphlogistique ; elle doit s'efforcer d'abréger autant que possible la poussée subaiguë caractéristique de l'uvéite chronique, et il faut qu'elle essaye de réduire au minimum les dangers résultant de cette poussée inflammatoire.

Dans l'intervalle qui sépare deux fluxions, la situation est tout autre. C'est en présence de lésions qui n'ont pour le moment aucune tendance à la progression que se trouve le praticien, et tandis qu'à la période aiguë il devait intervenir d'une façon incessante, le danger actuel ne revêt plus ce caractère aigu qu'il présentait alors. Ce sont des lésions qui sommeillent, et il faut savoir utiliser cette période de répit en pratiquant une médication appropriée.

En période aiguë, dans ces poussées qui durent trois ou quatre jours, où l'œil est très légèrement rouge (Grandclément), le danger, c'est la synéchie postérieure venant im-

mobiliser la pupille et souder la face postérieure de l'iris à la cristalloïde antérieure ; le danger, c'est l'encombrement de cette même pupille par des exsudats plus ou moins nombreux ; le danger enfin, c'est la poussée glaucomateuse résultant de l'obstruction de l'angle irido-ciliaire par ces mêmes exsudats.

Remarquons du reste que synéchies et exsudats sont l'expression d'un même processus morbide, l'inflammation de l'iris ; et de même qu'il n'est point de pleurésie sans exsudats fibrineux adhérents, de même il n'est point d'uveïte non traitée sans synéchie.

Or, si nous ne pouvons empêcher l'existence de cette exsudation fibrineuse, du moins pouvons-nous placer l'iris dans une position telle que cette exsudation devienne sans danger et puisse se résorber sans laisser derrière elle de lésions cicatricielles.

Et c'est alors que les mydriatiques entrent en jeu. Les mydriatiques, en effet, l'atropine en particulier, ont la propriété de provoquer la dilatation pupillaire et de ramasser en quelque sorte l'iris tout entier à la périphérie.

Les phénomènes qui se passent alors sont complexes et sont d'ordre mécanique et physiologique.

La face antérieure du cristallin est convexe, l'iris à l'état normal est tendu au-devant d'elle comme un rideau, et cela dans un même plan vertical. Il en résulte donc que la membrane irienne sera beaucoup plus rapprochée de la cristalloïde antérieure au centre qu'à la périphérie. C'est donc au centre que les exsudats de la face postérieure de l'iris auront le plus de chance de se souder à la cristalloïde, et c'est ce qui se passe en effet.

De plus, à l'état pathologique d'uveïte et en période de poussée, les vaisseaux iriens, grand cercle et petit cercle artériel de l'iris, sont gorgés de sang.

L'atropine a la double action suivante : d'une part, en faisant contracter l'iris, elle vide le sang de ses vaisseaux à la façon d'une éponge que l'on presse ; et, d'autre part, refoulant ce même iris à la périphérie, elle le met tout entier à la distance maximum de la cristalloïde antérieure, réduisant ainsi de beaucoup les chances d'établissement de synéchies.

L'occlusion pupillaire est, du même coup, écartée, et nous nous rendons alors un compte exact des nombreux avantages de la médication mydriatique. Ils ne se bornent pas là, du reste, car l'atropine est encore susceptible de rompre, par le retrait pupillaire qu'elle provoque, des adhérences récentes, produits de la poussée actuelle ou reliquats d'une poussée antérieure.

Mais cette action de l'atropine sur les synéchies anciennes est loin d'être illimitée. Pour peu que les adhérences soient étendues, elle se montre inefficace. Son seul résultat est de mettre en évidence le point où l'iris adhère, en donnant à la pupille une forme irrégulière et en l'empêchant précisément de se dilater au niveau de chaque synéchie. C'est pour cela qu'Harriet, dans sa thèse sur les iritis chroniques, dit que si l'atropine est indiquée au début, alors que les synéchies ne sont que partielles, elle est contre-indiquée à la fin, quand il y a adhérence totale. Panas (*Semaine Médicale*, 1900) déclare que pour être efficaces, les mydriatiques doivent être employés dès le début.

Il conseille même, afin d'augmenter leur action, de les employer ensemble, et il formule ainsi :

Atropine	0,5.
Cocaïne	1 ou 2.
Eau	100.

dont il prescrit quatre ou cinq instillations par jour, suivant l'effet.

Pour Panas ces instillations doivent être continuées avec persévérance et à doses plus ou moins considérables, suivant l'effet obtenu. Si les adhérences cèdent, le nombre d'instillations doit diminuer progressivement et une surveillance attentive du tour de l'œil étant pratiquée, les myotiques doivent être substitués à la moindre élévation de celui-ci.

Nous savons, en effet, qu'une des actions de l'atropine est une élévation de la tension intra-oculaire, et comme nous savons, d'autre part, qu'une des fréquentes complications de l'uvéite chronique est justement la poussée glaucomateuse, nous voyons immédiatement le soin à apporter à la surveillance de ce tonus.

Notre maître, M. le professeur Truc, emploie concurremment à l'atropine, la dionine et l'adrénaline.

La dionine agissant comme lymphagogue favorise la résorption des exsudats, et l'adrénaline étant un vaso-constricteur agit comme antiphlogistique local.

Panas, du reste, à la phase aiguë, ne s'en tient pas à l'usage des mydriatiques seuls. Il recommande également l'application de topiques chauds, compresses enveloppés ou cataplasmes, qui, d'une part, favorisent la résorption des exsudats plastiques aboutissant aux cynéchies, et d'autre part facilitent l'action des médicaments en activant leur absorption.

Donc, mydriatiques, adrénaline et topiques chauds, telles sont les diverses ressources thérapeutiques médicales locales dont on dispose au cours d'une poussée d'uvéite.

Or, tandis que jusqu'à présent la thérapeutique instituée dans l'intervalle des fluxions était toujours chirurgicale, on a essayé d'agir sur l'œil au moyen de l'électrolyse et

d'y faire pénétrer ainsi par cataphorèse des molécules métalloïdes. Harriet, auquel nous empruntons ces renseignements, parle ainsi de cette pratique.

L'*ionisation* introduit dans l'œil des molécules d'iode :

Les matériaux nécessaires consistent en une solution d'iodure de potassium à 10 p. 100, de deux électrodes spongieuses et d'un courant de quatre milliampères.

Quant à la technique, elle est la suivante : après avoir imprégné les deux électrodes dans la solution d'iodure de potassium, on place l'électrode positive en arrière de la mastoïde et l'électrode négative au contact de l'œil. On fait passer quatre milliampères. Au pôle positif, le potassium de l'électrode traverse la peau de dehors en dedans et un ion « chlore » venant de l'organisme la traverse en sens inverse. Au pôle négatif, les ions « sodium » de l'organisme se portent vers l'électrode et l'iode qui est un anion pénètre dans les tissus.

Quant aux résultats de cette ionisation, nous voyons Harriet « ne pas oser tirer des conclusions trop hâtives d'un traitement dont la méthode est encore à l'étude ». Et cependant, le cas où fut essayée cette méthode (observation VII) semble bien autoriser quelque espoir puisqu'il y eut une amélioration de deux dixièmes, l'acuité de l'œil traité étant montée de 0,1 à 0,3. Il s'agissait d'un œil qui, traité par l'iridectomie, avait vu son acuité tomber à 1/20 et n'était remontée seize mois après qu'à 0,1.

On peut donc, sans parti pris, croyons-nous, attribuer à l'ionisation cette amélioration marquée de l'acuité visuelle. Quant à Dianoux, de Nantes (*Société française d'ophtalmologie*, mai 1891), il applique au niveau du cercle ciliaire, sur la sclérotique, une série de fines pointes de feu un peu profondes ou un léger badigeonnage iodé.

B. Traitement Chirurgical. — Les différentes indications thérapeutiques posées et remplies au cours de ce travail nous montrent que l'intervention du médecin est loin d'être inactive. Toutefois, nous devons savoir que si ces conditions sont nécessaires au succès final, elles ne sont pas le plus souvent suffisantes, et c'est à l'action chirurgicale locale que l'on doit s'adresser si l'on veut enrayer d'une façon définitive la marche du mal.

De plus, il faut s'y prendre dès le début et comme la plupart de ces interventions ne peuvent être pratiquées qu'en période d'accalmie, il faut donc s'être assuré que l'on a encore devant soi une marge suffisante, que l'œil peut encore faire les frais d'une nouvelle poussée avant d'être irrémédiablement perdu. Intervenir plus tôt, en effet, avant que tout phénomène inflammatoire ait complètement disparu, c'est courir au-devant d'un insuccès ; c'est, chose plus grave, provoquer une nouvelle poussée dans un œil qui, peut-être, en est aux extrêmes limites de sa vitalité.

Mais avant de prendre des précautions pour l'avenir, il est une action chirurgicale qui doit s'exercer au plus tôt : parer à des accidents immédiats, nous voulons parler des différentes complications susceptibles de se présenter au cours de la poussée aiguë.

Nous allons donc étudier successivement les différents moyens dont dispose le chirurgien dans ces circonstances diverses, et tandis qu'à la phase aiguë, c'est aux paracentèses souvent répétées, à l'iridectomie même, que nous aurons recours, c'est au détachement des adhérences pupillaires, à l'iridectomie, à l'extraction du cristallin cataracté ou transparent que nous ferons appel lorsqu'il s'agira de mettre à l'abri de poussées nouvelles notre œil malade.

Dianoux (*Société française d'ophtalmologie*), préconise à l'état aigu des paracentèses souvent répétées, dans le but, dit-il, de chasser les déchets organiques.

Grandclément opère de même dans les cas d'adhérences récentes, où il fait des ponctions fréquentes et ce n'est qu'ensuite qu'il les libère. Enfin, en face d'une poussée de glaucome, force est de recourir à l'iridectomie si les paracentèses ne peuvent venir à bout de l'hypertension oculaire. Mais tandis que, comme nous le voyons, l'action du chirurgien est limitée dans la phase aiguë, elle prend au contraire son développement maximum dans les périodes d'accalmie et c'est véritablement le traitement efficace de l'uveïte chronique.

Le principe des différentes interventions est d'agir contre les complications dues à l'organisation des exsudats et quant à leur but, il vise la suppression des synéchies ainsi que des troubles de voisinage qu'elles auront pu provoquer.

Mais les exsudats sont un produit réactionnel de la phase aiguë ; toute poussée nouvelle donne lieu à une nouvelle production d'organisations plastiques, les synéchies en sont le résultat et voilà pourquoi pour intervenir, faudra-t-il s'être assuré que la poussée fluxionnaire est bien complètement éteinte.

Tout traumatisme opératoire suscite en effet une réaction oculaire. Chacun sait en effet, qu'une intervention pratiquée sur un œil atteint d'hypertension, est susceptible de réveiller une poussée aiguë de glaucome dans l'œil opéré et même de déterminer dans l'œil congénère une attaque glaucomateuse.

Des phénomènes analogues se passent dans l'œil atteint d'uveïte et, pour peu que la phase aiguë n'ait pas été complètement terminée, une poussée nouvelle vient obstruer

la pupille artificielle que l'on vient de faire. On se trouve alors en présence d'un œil compromis gravement par cette recrudescence inflammatoire, le cristallin peut s'opacifier et si, non averti, on pratique alors une extraction, l'état aigu s'exagère, la pupille s'obstrue de nouveau et de chute en chute on arrive ainsi à la perte définitive de l'œil.

1° *Corélysis.* — Grandclément (*Société française d'ophtalmologie,* 1891), lorsque les adhérences pupillaires ne sont pas encore trop nombreuses ni trop étendues, pratique leur détachement pur et simple.

« J'obtiens, dit-il, le dégagement de ces adhérences avec une petite pince à griffe bien flambée et aseptique, que j'introduis dans la chambre antérieure pour aller tirer l'iris et le détacher de la capsule. C'est l'ancienne opération de Passavant. Seulement, au lieu de me servir, comme lui, d'un couteau lancéolaire à arrêt pour ouvrir la cornée, je transperce purement et simplement cette membrane vers son pourtour, avec un couteau de de Grœfe, que je retire, aussitôt la ponction et la contre-ponction faites. J'obtiens ainsi deux très petites ouvertures qui me permettent d'aller détacher l'iris sur plusieurs points sans crainte de prolapsus ou d'engagement irien. »

2° *Iridectomie.* — Lorsque les rechutes incessantes persistent, écrit Grandclément en 1891, il faut pratiquer l'excision de toutes les portions d'iris déjà adhérentes, faire une large iridectomie, afin d'emporter en quelque sorte les foyers d'irradiation du mal. Nous devons ajouter que cette iridectomie doit être pratiquée le plus tôt possible, à un moment où l'affection n'est encore qu'à ses débuts.

Si on attend, en effet, que de nombreuses poussées aient réalisé des adhérences étendues, l'iris de plus en plus désor-

ganisé se réduit peu à peu à l'état d'une membrane mince et frippée, se détachant par lambeaux sous la moindre traction, et n'ayant plus aucune homogénéité.

L'opération devient alors particulièrement délicate et il nous souvient d'avoir vu plusieurs fois avec quelle patience il fallait opérer.

L'iris, plus ou moins largement adhérente, est réduite à une minceur extrême et difficile à saisir. On risque, avec les pointes de la pince, de blesser la cristalloïde antérieure et d'amorcer du même coup une cataracte secondaire.

D'autre part, si la prise n'est pas assez solide, le seul résultat obtenu est un effritement inefficace de la membrane irienne.

Quoi qu'il en soit, c'est l'iridectomie qui est l'intervention de choix dans l'uveïte chronique et c'est la seule qui presque toujours donne des résultats définitifs lorsqu'elle a été pratiquée à propos.

Aujourd'hui, dit Grandclément, je pratique l'iridectomie, sachant que l'emploi plus ou moins prolongé de l'atropine est incapable d'enrayer à lui seul l'affection. Seule, l'iridectomie l'arrête et la guérit définitivement.

Plus tard, en 1896, dans les Archives d'ophtalmologie, nous le voyons écrire que l'uveïte résiste aux divers traitements de l'iritis, même aux injections sous-conjonctivales de sublimé, et il ajoute : *l'uveïte ne reconnaît qu'un maître, mais un maître toujours souverain, l'iridectomie.* Aussi, conclut-il, ne faut-il pas hésiter à opérer dès que le diagnostic d'uveïte est bien confirmé.

Et, à propos des avantages de cette intervention, Abadie (*Annales d'oculistique*, 1906), déclare que l'iridectomie agit favorablement même lorsqu'il n'y a que quelques exsudats insignifiants au pourtour de la pupille, car l'opé-

ration faite en montre souvent d'énormes dont il était impossible de soupçonner l'existence.

Ces exsudats, en effet, immobilisent l'iris, modifient sa structure et ses propriétés physiologiques et changent complètement les conditions anatomiques du segment antérieur de l'œil. Ils ont une tendance à s'épaissir et deviennent ultérieurement un obstacle à toute tentative d'opération.

Bien plus, des synéchies postérieures partielles peuvent dans certains cas devenir aussi compromettantes pour l'œil que des synéchies antérieures de même nature.

Elles sont susceptibles de déterminer du glaucome secondaire, car l'irritation est la même que les filets nerveux de l'iris soient tiraillés en avant ou en arrière.

C'est pourquoi (Panas, *Sem. méd.*, 1900), lorsque les synéchies sont nombreuses et bien organisées, il ne reste plus à proposer qu'une large iridectomie à la fois antiphlogistique et optique.

Or, à quel moment devons-nous pratiquer cette iridectomie préconisée par tous les auteurs ?

Nous avons déjà dit à quelles complications et à quels échecs opératoires on s'exposait en opérant en pleine crise.

Aussi sur ce point tous les auteurs sont-ils d'accord. Pour De Lapersonne (*Bulletin médical*, 1889), il ne faut pratiquer l'iridectomie que lorsque toute trace d'irritation a complètement disparu.

Mais si c'est seulement l'iridectomie qui arrête l'affection (Grandclément, *XIII^e congrès intern.*, 1900), il est à ce résultat une condition primordiale, c'est qu'elle soit pratiquée de bonne heure, au cours de la première année au moins ; avant, en tout cas, qu'il se soit produit des

symptômes manifestes d'hypotonie et d'opacification des milieux.

De même, pour De Lapersonne, il faut que l'œil ait conservé sa consistance à peu près normale.

L'indication opératoire étant posée, il reste à préciser quelques détails de technique propres à éviter certains déboires lors de complications diverses.

Baudoin, de Castres (*Rev. gén. d'opht.*, 1900), étudiant les complications résultant de l'atrophie du diaphragme irien, rappelle qu'au cours d'une iridectomie pour occlusion pupillaire, l'iridodyalise se produisit deux fois, exposant la pince à cheminer derrière l'iris ou à meurtrir les lèvres de la plaie.

Pour éviter ces accidents, il estime que, dans ces vieilles occlusions, avec effacement de la chambre antérieure et atrophie irienne, il faut placer la section en pleine cornée de façon que le limbe irien soit trop haut pour se confondre avec les lèvres de la section.

Un second point, sur lequel nous voulons également insister, concerne une technique indiquée dans les cas d'hypertonie plus ou moins marquée.

Vacher, d'Orléans, en pareille circonstance, pratique une iridectomie très large et très périphérique pour libérer l'angle irido-cornéen.

L'incision faite à la limite du limbe transparent, le centre empiétant légèrement sur la cornée, l'iris est *saisi à son insertion ciliaire* et attiré au dehors. Il se produit une iridodyalise et l'on sectionne d'un coup de ciseaux au ras de la cornée.

Ce genre d'opération ne peut réussir que tout à fait au début, alors que les synéchies n'ont pas encore immobilisé l'iris d'une façon définitive.

Quels sont donc, en général, les résultats éloignés de l'iridectomie dans l'uveïte chronique ?

Si nous nous reportons à l'observation de Grandclément (observation XII de notre travail), nous voyons que, pratiquée en temps opportun, elle donne des résultats presque inespérés. Il s'agit en effet d'une malade opérée il y a huit ans, d'iridectomie double après la disparition de la vision consécutivement à une uveïte remontant à huit ans lors de l'intervention.

« Je cite l'observation de cette malade, dit-il (*Archives d'opht.*, 1896) parce que je la revois souvent, plusieurs fois chaque année. Son cas prouve donc bien que l'iridectomie peut seule guérir l'uveïte parce que tout avait échoué chez elle et qu'elle l'a guérie définitivement. »

Il semble que dans ces cas le pronostic soit excellent, et pourtant tout est loin de se passer toujours ainsi. Panas (*Sem. méd.*, 1900), après avoir recommandé une large iridectomie et fait déjà remarquer que malheureusement en pareil cas, l'iris adhérent et fragile se prête peu à une excision régulière, ajoute que de pareilles ouvertures dans des iritis plastiques tendent ultérieurement à se combler.

Il rappelle avoir vu survenir après l'iridectomie un état hypotonique avec phtisie et atrophie du globe consécutives et conclut à un pronostic opératoire réservé.

De Lapersonne déclare lui aussi qu'il ne lui avait pas semblé que la pupille artificielle ait pu arrêter dans un certain nombre de cas l'atrophie du globe.

Or, nous savons maintenant que la plupart de ces récidives sont dues à une intervention trop hâtive alors que les phénomènes inflammatoires n'avaient pas encore cessé complètement, et c'est la conclusion à laquelle aboutit notre maître lorsqu'il constate que les observations cli-

niques montrent des résultats favorables quand le traitement médico-chirurgical a été institué au début et défavorables dans le cas contraire (Truc, *leçon clinique,* juin 1910).

3° *Extraction du cristallin transparent.* — A côté du détachement pur et simple des synéchies, à côté de l'iridectomie, vient se placer une troisième opération qui, pour être beaucoup plus rarement indiquée n'en doit pas moins être connue, susceptible qu'elle est de rendre de grands services en des conditions déterminées.

Nous voulons parler de l'extraction du cristallin transparent. Nous voyons cette intervention mentionnée dans Harriet et Feilschenfeld en rapporte un cas personnel.

Lorsque les exsudats plastiques ont réalisé une adhérence totale entre l'iris et la cristalloïde antérieure et que le champ pupillaire tout entier est recouvert, il faut se résoudre à l'extraction du cristallin.

Feilschenfeld (*in Ann. d'Ocul.*, 1901) pratiqua, dans un cas d'uvéite irienne, une iridectomie antiphlogistique suivie de l'extraction du cristallin encore transparent, pour débarrasser la pupille de ses exsudats. L'extraction du cristallin fut faite *in toto,* dans sa capsule, pour éviter la formation d'une cataracte secondaire.

Jocqs (obs. VI) fit de même dans un cas d'occlusion pupillaire totale avec abondants exsudats. L'opération fut faite en deux temps, discision suivie de l'extraction des masses.

4° *Extraction du cristallin cataracté.* — Enfin, il ne nous reste plus qu'à faire remarquer que si l'uvéite, longtemps abandonnée à elle-même, a déterminé une cataracte secondaire, son extraction est indiquée du même coup. Mais

là comme ailleurs, il faut savoir opérer en dehors de toute inflammation sous peine de voir la pupille artificielle s'obstruer de nouveau.

Et Posey (*Soc. méd. de Philadelphie*, 1906), cite un cas où pareille mésaventure lui arriva et où les pinces-ciseaux seules donnèrent des pupilles parfaites, alors que plusieurs discisions avec le couteau-aiguille étaient restées vaines.

OBSERVATIONS

Observation première

Uvéite chronique double d'origine menstruelle (Traitement général, iridectomie double). *Puech*, in *Thèse Janot*. Montpellier 1892. Résumée.

R..., 15 ans, n'a jamais été réglée. Rhumatisme il y a 2 ans. Père et mère rhumatisants.

Depuis trois jours, tandis que l'établissement des premières règles est très pénible, les yeux sont douloureux, rouges, vineux autour du limbe et de légers brouillards obscurcissent la vue.

L'éclairage oblique révèle un fin dépôt pigmenté sur la membrane de Descemet, une pupille paresseuse et légèrement irrégulière.

Deux jours après, les règles font leur apparition. Instillation d'atropine et fin de la poussée fluxionnaire.

Sept semaines après, aux règles suivantes, de nouveau céphalée, photophobie et cercle périkératique. En deux mois, malgré le traitement, iris en partie dégénéré et pupille irrégulière, rétrécie et encombrée d'exsudats.

Diagnostic : irido-choroïdite double avec synéchies postérieures multiples, dépendant manifestement d'un trouble de fonction physiologique, la menstruation.

Traitement général et local, amélioration puis rechute aux règles suivantes. En juin, large iridectomie, amélioration de la vision ; en septembre, règles plus abondantes

et progression de l'amélioration visuelle. En octobre VOD = 1 et VOG = 0,6 En mars, tension exagérée à l'œil gauche et aspect jumenteux du vitré, mais plus d'exsudats choroïdiens aux environs de la papille. Quelques exsudats à la partie supérieure.

A droite, corps flottants du vitré, mais pas d'exsudats.

Observation II

Uvéite chronique double d'origine métritique (Traitement gynécologique) *Mooren*, in *Berger et Lœvy*. Résumée.

Femme, 39 ans. A 17 ans, premier accouchement, suivi d'une déchirure du périnée avec prolapsus utérin.

Déclaration d'une irido-choroïdite, avec obscurcissement de la vue et céphalées passagères. Une iridectomie est pratiquée mais n'empêche pas la prolongation de l'affection V = 1/2.

On procède alors à un examen approfondi qui amène la découverte d'une ulcération du col utérin.

Périnéorraphie, pose de pessaire et amélioration consécutive de la vision avec disparition des douleurs.

Observation III

Uvéite chronique double d'origine menstruelle (iridectomie, médication emménagogue). *Caudron*, *Gaz. des hôp.*, 1878. Résumée, in *Berger et Lœvy*.

Jeune fille, 18 ans. A eu une kérato-conjonctivite scrofuleuse. Aux premières règles, apparition d'une irido-choroïdite qui persiste et s'aggrave à chaque période menstruelle avec dysménorrhée. Seules, une médication emménagogue amenant le rétablissement de règles abondantes et une iridectomie double provoquent une amélioration de la vision VOD = 1, VOG = 1/4.

Observation IV

Uvéite chronique d'origine métritique (cure d'atropine). In *Berger et Lœvy*. Résumée.

P..., 43 ans, endométrite depuis une douzaine d'années. Depuis mai 1890, iritis adhésive de l'œil gauche, injection hypodermique de pilocarpine et instillations d'atropine ; mais les adhérences de l'iris ne peuvent être rompues en totalité. En 1894, rechute de l'iritis à gauche et à chaque période menstruelle aggravation de l'affection.

Observation V

Uvéite chronique double d'origine utérine (frictions mercurielles). In *Berger et Lœvy*.

Mme R..., 36 ans. Pas de syphilis. Il y a 4 ans, développement d'une irido-choroïdite double, de cause longtemps douteuse et qui ne fut améliorée que par des frictions mercurielles.

L'examen du nez fut négatif, mais celui de l'utérus, par contre, fit constater une légère déviation et fit conclure que les lésions oculaires étaient à point de départ utérin. L'aggravation à chaque époque menstruelle confirma le diagnostic. VOD = 0 ; VOG = 1/35.

Observation VI

Uvéite chronique double, état glaucomateux (extraction du cristallin transparent). *Jocqs*, in *thèse Harriet*, Paris, 1906.

Jeune fille de 24 ans, synéchies postérieures totales ODG, consécutives à une uveïte chronique bilatérale. VOD = 0,3.

VOG = vision nulle, occlusion pupillaire totale et abondants exsudats. Œil douloureux à la pression, tension intra-oculaire augmentée.

L'iridectomie pouvait amener la suppression des phénomènes glaucomateux, mais le résultat fonctionnel n'eût pas été brillant. Dans ce cas, l'extraction du cristallin transparent semblait indiquée et l'opération fut faite en deux temps, discision suivie de l'extraction des masses.

Le résultat fut satisfaisant, car, au bout de quelques jours, l'acuité visuelle était de 0,6, et sans la présence de nombreuses taies cornéennes, la vision de cet œil eût encore été supérieure.

Observation VII

Uvéite chronique double, état glaucomateux (traitement général, iridectomie, ionisation). *Jocqs*, in *thèse Harriet.*

Mme C..., 42 ans, vient consulter pour diminution progressive de la vision ODG. Début il y a quelques mois par rougeur ODG et vue trouble. Pas d'antécédents personnels.

L'examen pratiqué en novembre 1903 donne les renseignements suivants : OD, légère injection périkératique, cornée normale, mais nombreuses synéchies postérieures. Fond d'œil éclairable, papille normale, *pas de trouble du vitré.* Tension = T + 1, peu ou pas de douleurs, champ visuel normal, VOD = 0,2.

OG, synéchies postérieures moins abondantes, tension normale, milieux transparents.

Une iridectomie est faite à l'œil droit, sa tension redevient normale et son acuité égale 0,3.

Au bout d'un an, l'amélioration s'est poursuivie à droite,

tandis que des poussées d'uveïte rendent l'œil gauche douloureux et troublent son vitré ; VOG = 0,1 ; T = + 2.

Une iridectomie pratiquée sur l'œil gauche fait cesser les phénomènes glaucomateux, mais l'acuité diminue, VOG = 1/20.

Sept mois après, la malade est très satisfaite, car il n'y a pas eu de rechute et la vision OD s'est améliorée, VOD = 0,4.

En novembre 1906, donc seize mois après, la malade revient, mouches volantes, *flocons du vitré* ODG ; VOD = 0,4 ; VOD = 0,1.

L'*ionisation* est instituée à gauche et amène une amélioration, VOG = 0,3. Dès le début de l'affection, le traitement général avait été institué, calomel alternant avec le fer et l'arsenic.

Observation VIII

Uvéite chronique double, début de cataracte secondaire, état glaucomateux (Iridectomie). *Harriet*, in *thèse Harriet*. Résumée.

Mme M..., 58 ans. Depuis 10 jours, céphalées et diminution de la vision de l'œil gauche.

Antécédents personnels : Depuis la ménopause et en même temps que les troubles oculaires, troubles dyspeptiques, vertiges et migraines. Il y a deux ans, poussée fluxionnaire à l'œil droit et iridectomie consécutive. Guérison.

Actuellement, poussée à l'œil gauche analogue à celle de l'œil droit, iris légèrement décoloré, pupille irrégulière, synéchies postérieures nombreuses et début d'opacification du cristallin, T = + 1 et VOG = 1/50, sans amélioration.

OD iridectomie étroite en haut, iris adhérent, ayant

laissé quelques dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure ; V = 0,6.

Le traitement consiste en l'application de quelques sangsues, mais l'œil gauche est toujours douloureux et T = + 1. Iridectomie ; l'iris, très adhérent, doit être détaché par lambeaux ; les jours suivants, trois injections de pilocarpine. Le mois suivant, les douleurs ont disparu, la tension est redevenue normale, mais l'acuité ne s'est pas améliorée.

Observation IX

Uvéite chronique double, état glaucomateux (large iridectomie) *Harriet,* in *thèse Harriet.* Résumée.

Mme D..., 81 ans, vient parce que sa vue baisse de plus en plus, jamais de douleurs oculaires, seulement depuis 6 mois les yeux sont souvent rouges, avec gêne et sensation de tiraillement.

OD légère injection périkératique, iris très irrégulier, peu d'exsudat, mais nombreuses synéchies postérieures, opacités cristalliniennes, fond d'œil inéclairable, T = + 2, VOD = 1/20.

OG. Quelques synéchies postérieures, opacités cristalliniennes moins avancées qu'à droite, VOG = 0,1, sans amélioration.

L'iridectomie pratiquée à l'œil droit montre que tout le plan postérieur épithélial de l'iris est adhérent ; il reste après l'iridectomie un pointillé brunâtre qu'on voit nettement à l'éclairage oblique. Ceci montre que pour rétablir la communication entre la chambre antérieure et postérieure, il ne suffit pas de détacher l'iris au niveau du bord pupillaire, mais qu'une large iridectomie est nécessaire pour détacher toute la partie supérieure de l'iris prise et

accolée en masse contre la cristalloïde antérieure. Un mois après, l'œil droit a repris sa consistance normale, n'est plus douloureux, mais VOD = 1/50 au lieu de 1/20.

Observation X

Uvéite chronique double (iridectomie). *Grandclément, Archives d'Ophtalmologie*, 1896, p. 615-617. Résumée.

Mlle G..., 37 ans. Début de l'affection il y a 8 ans. Perception devant les deux yeux de papillons noirs ou colorés, pas ou peu de douleur, quelques rougeurs périodiques du globe et troubles visuels passagers, apparaissant de loin en loin, alternativement sur les deux yeux, durant de cinq à six jours et séparés par des intervalles de plusieurs semaines ou mois.

Il y a deux ans, l'œil droit, le premier et le plus atteint, présentait une pupille déformée, avec adhérences assez apparentes. L'affection progressa malgré des instillations d'atropine, et la vision de l'œil droit diminua de plus en plus.

Une dernière crise récente ayant totalement aboli la vue de l'œil droit, la malade se décide à se faire examiner.

Œil droit : perte complète de la vision et fond d'œil absolument inéclairable par trouble des milieux.

Œil gauche : bonne acuité visuelle, nombreuses synéchies postérieures, milieux suffisamment transparents, fond d'œil très éclairable. Une double iridectomie est pratiquée : à droite pour ramener la vision, à gauche pour la conserver en enrayant définitivement l'uveïte.

Trois jours après l'opération, OD compte les doigts à un mètre. Un mois après, il peut lire des caractères forts et a récupéré 1/5 d'acuité visuelle.

Quant à l'œil gauche, il est délivré désormais de ses crises périodiques et conserve l'acuité visuelle qu'il possédait au moment de l'opération. C'est ainsi, du moins, que les choses se passent habituellement.

Observation XI

Uvéite chronique double (iridectomie). *Grandclément, Archives d'Ophtalmologie*, 1896, 616-617. Résumée.

Mme G..., 35 ans. Pas d'antécédents connus d'uveïte dans sa famille.

Début il y a dix ans par troubles périodiques de la vision OD, avec très légères rougeurs et sensibilité du globe au toucher. La crise durait quelques jours puis tout rentrait dans l'ordre ; peu à peu, la vision diminua, points noirs et globes blancs, et depuis un an, cet œil a cessé de voir d'une façon appréciable.

Quant à l'œil gauche, des troubles analogues apparurent à peu près en même temps qu'à droite, mais moins souvent et moins fortement. Actuellement, il conserve un peu plus de vision, mais sa vue décline tellement vite que le malade se décide à consulter et à se laisser pratiquer immédiatement une double iridectomie.

La vue s'éclaircit assez vite OD, moins vite OG, à cause du sang épanché dans la chambre antérieure.

L'examen ophtalmoscopique montre une papille optique d'un aspect rougeâtre intense à droite et beaucoup moins à gauche.

Deux mois après l'opération, la vue augmente lentement, mais progressivement. Il est évident qu'il lui faut de nombreux mois d'attente encore pour recouvrir une vision passable.

Observation XII

Uvéite chronique double (iridectomie, guérison définitive), *Grandclément, Archives d'Ophtalmologie*, 1896, 617.

Malade opérée il y a huit ans d'iridectomie double, alors que la vision de l'un des yeux venait de s'éteindre après une durée de l'uveïte pendant huit ans environ.

Depuis lors, la vision, qui est revenue à peu près normale dans les deux yeux, reste ferme et stable ; le succès ne s'est pas démenti.

Il s'agit d'une religieuse, âgée aujourd'hui de 42 ans ; elle a donc été opérée à l'âge de 34 ans et elle a éprouvé les premières atteintes de la fluxion périodique vers l'âge de 26 ans, sous forme de papillotage pendant la fluxion, avec rétablissement apparent de la vision cinq ou six jours après.

Je cite l'observation de cette malade, parce que je la revois souvent, plusieurs fois chaque année. Son cas prouve donc bien que l'iridectomie peut seule guérir l'uveïte, parce que tout avait échoué chez elle, et qu'elle l'a guérie définitivement. Il n'en est pas de même dans l'iritis, où l'iridectomie pratiquée loin du début de cette affection ne donne jamais un résultat ni aussi complet, ni aussi définitif.

C'est une preuve de plus en faveur de la distinction nécessaire à établir entre l'iritis et l'uveïte.

Observation XIII

Uvéite chronique double d'origine métritique (atropine inefficace, curettage utérin, guérison). *Vignes*, Irido-choroïdite d'origine utérine. *Acad. de méd.*, juin 1896. Résumée.

Irido-choroïdite plastique à poussées menstruelles, début OG puis OD.

La maladie évolue en dépit du traitement ophtalmologique VOD = 0,02.

L'examen gynécologique révèle une endométrite glandulaire chronique à staphylocoques. Le curettage est pratiqué et l'acuité visuelle remonte progressivement à 0,6, tandis que les corps flottants du vitré diminuent.

Depuis six mois, date de l'intervention, l'amélioration se maintient.

Observation XIV

Truc (*H.*), Contribution à l'étude des rapports morbides de l'avortement et des affections oculaires. Irido-choroïdite plastique consécutive à un avortement provoqué. *Nouveau Montpellier Médical*, 26 mars 1892.

Mme S..., 30 ans, élève sage-femme, a toujours été bien portante. Mariée vers 20 ans, elle a eu un enfant. La menstruation a toujours été régulière. Veuve depuis plusieurs années, elle s'est trouvée enceinte. Voulant cacher une situation compromettante, elle a pratiqué ou fait pratiquer sur elle un avortement avec une sonde utérine.

Jusqu'à ce moment, la vision avait été, de loin comme de près, excellente des deux côtés.

L'avortement avait provoqué un peu de métrorrhagie. En quelques semaines tout rentrait dans l'ordre, quand les yeux furent affectés. La vue diminuait rapidement, la tête

était lourde et il se produisait de la rougeur oculaire. Un médecin consulté, ordonna quelques lotions chaudes et des laxatifs. Pas d'amélioration.

La vision s'affaiblissant considérablement, la malade me fut adressée.

Je constatai une vision de 1/4 environ pour l'OD, et de 1/50 pour l'OG. Des deux côtés on trouvait une irido-choroïdite plastique très caractérisée. Il existait, en effet, de la rougeur conjonctivale bulbaire, un cercle périkératique étendu et serré, une décoloration irienne manifeste, et des exsudats pupillaires avec adhérences capsulaires, larges et épais. Les milieux oculaires paraissaient légèrement troubles.

Après une instillation d'atropine, la pupille droite était irrégulière et la pupille gauche, toute déchiquetée, très étroite et obstruée.

Pas de rhumatisme.

Pas de syphilis.

Pas de symptômes blennorrhagiques.

Je prescrivis de l'atropine à haute dose, de l'iodure, de l'onguent napolitain, une purgation, des tampons chauds humides en permanence.

Convaincu par plusieurs observations antérieures des rapports assez fréquents des troubles utérins avec les affections du tractus uvéal, je dirigeai mon interrogatoire du côté des organes génitaux. La malade me dit d'abord être bien réglée et n'avoir aucun écoulement. La voyant un peu mal à l'aise devant certaines questions et flairant quelque tromperie, je la pressai assez vivement. Elle me dévoila alors toute son histoire génitale.

Il y avait eu grossesse, métrorrhagie, puis, peu après, début de l'affection oculaire.

Les troubles utérins ont rapidement disparu par un trai-

lement approprié et, en même temps, l'irido-choroïdite s'est amendée sous l'influence de l'atropine, de l'hydrargyre, etc. Trois mois après, revoyant la malade, l'état utérin est normal et l'irido-choroïdite guérie. Il reste seulement à gauche et à droite, à gauche surtout, quelques adhérences irido-capsulaires. La vision est à peu près normale. La malade a été revue plusieurs fois depuis. La situation oculaire s'est maintenue excellente.

Quelle est la cause de cette irido-choroïdite double ? La malade n'était ni rhumatisante, ni syphilitique ; elle a vu sa lésion se produire à la suite d'un avortement ; elle a guéri assez complètement et assez rapidement et en même temps que les troubles utérins ont disparu.

Je crois à une cause génitale, à une infection oculaire d'origine utérine.

Observation XV

Uvéite chronique, glaucome secondaire (iridectomie). Observation inédite. *Service de la Clinique Ophtalmologique de Montpellier*, 1895, n° 1318.

C..., 60 ans, religieuse. Début de l'affection il y a une quinzaine d'années, par diminution progressive de la vision, sans phénomènes inflammatoires ou douloureux.

Il y a trois ans, à la suite d'une poussée d'iritis à l'œil droit, la vision de ce dernier baisse encore, au point de n'être plus, depuis cinq semaines, que quantitative.

A gauche, les mêmes phénomènes se sont produits, et cela toujours sans douleur. Bon état général, pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Etat actuel : OD, conjonctive bulbaire hyperhémiée, chambre antérieure presque nulle ; iris en tomate ; pupille frippée, très irrégulière, encombrée d'exsudats. $T = +1$; VOD = Q.

OG : même état qu'à droite mais lésions moins avancées ; chambre antérieure petite, iris bombé, pupille petite. T = + 1 ; VOG compte les doigts à trois mètres.

Traitement : OG, iridectomie en bas et très périphérique ; OD, iridectomie en bas. VOG = 5/35 — 2 = 5/18.

Observation XVI

Uvéite chronique double (cure d'atropine et injection sous-conjonctivale de Hg. Cy.) Observation inédite. *Service de la Clinique Ophtalmologique de Montpellier*, 1902, n° 1724.

M. L..., 38 ans, couturière. Bonne santé habituelle. Il y à douze ans, attaque de rhumatisme ; six grossesses, la dernière terminée par un avortement suivi d'une hémorragie abondante. Pas de syphilis, constipation habituelle, règles irrégulières ; troubles utérins.

Il y a 2 ou 3 ans, la malade s'aperçoit, et cela sans avoir jamais souffert, que sa vision diminue peu à peu. C'est en constatant la difficulté de plus en plus grande à accomplir ses travaux de couture, qu'elle se rend compte de son état oculaire.

Les deux yeux sont pris et depuis 2 ou 3 mois la vision a diminué à tel point que la malade ne reconnaît plus les personnes dans la rue et que la lecture elle-même devient impossible. Cette évolution ne s'accompagne ni de rougeur ni de larmoiement.

Etat actuel : OD, paupières, cornée et chambre antérieure normales. La pupille, très irrégulière, réagit très faiblement à la lumière, nombreuses synéchies postérieures ; le champ pupillaire est encombré d'exsudats abondants, surtout à la partie supérieure et à la partie inféro-externe.

OG. La pupille, moins irrégulière qu'à droite, réagit cependant très mal à la lumière et les exsudats du champ pupillaire abondent surtout à la partie inféro-interne. VOD = 0,1 ; VOG = 0,1, sans amélioration par le trou sténopeique.

Une cure d'atropine est instituée et l'on pratique sous la conjonctive bulbaire une série de cinq injections de cyanure de mercure et d'acoïne. Quinze jours après, la malade sort très améliorée.

Observation XVII

Uvéite chronique double avec cataracte secondaire (iridectomie, corélysis, extraction combinée). Observation inédite. *Service de la Clinique Ophtalmologique de Montpellier*, 1908, n° 3839.

B..., 56 ans, jardinière à Hyères. Pas de syphilis, bonne santé habituelle ; fausse-couche à 36 ans, ménopause à 47 ans. Bonne vue antérieure.

Début de l'affection oculaire en 1903 par OD et prise de OG l'année suivante. Diminution progressive de la vision et série de poussées fluxionnaires durant une quinzaine de jours et revenant chaque année.

En 1906 la malade fait un premier séjour à la clinique. Les pupilles sont irrégulières et encombrées de nombreux exsudats VOD et VOG, comptent les doigts à 0,40 centimètres ; une double iridectomie en haut est pratiquée en mai et amène une amélioration marquée de la vision : VOD = 1/50 ; VOG = 1/50. L'état oculaire reste alors stationnaire jusqu'en 1907, époque à laquelle la vision baisse de nouveau progressivement.

En 1908, la malade ne peut plus se conduire et revient à la clinique ; à ce moment, la pupille artificielle est com-

blée par de nouvelles synéchies et le cristallin est opacifié d'une façon complète à droite, et subcomplète à gauche. VOD=Q ; VOG compte les doigts à 0.40 centimètres. Fin mai, à droite, on pratique une iridectomie ; en bas, les adhérences sont déchirées au kystitome et le cristallin est extrait. VOD = 1/50 ; VOG=3/50. La malade, revue depuis a gardé son amélioration visuelle d'une façon définitive.

Observation XVIII

Uvéite chronique (iridectomie). Observation inédite. *Service de la Clinique Ophtalmologique de Montpellier*, 1910, n° 4567.

B..., 34 ans, ébéniste. Début de l'affection il y a six ou sept mois, par diminution progressive de la vision et sensation de papillons noirs devant les yeux. L'affection évolue insidieusement sans rougeur ni douleur.

Pas d'antécédents héréditaires, et comme antécédent personnel, une ancienne blennorrhagie.

Etat actuel : ODG, paupières, cornée et chambre antérieure normales. Iris frippé, aminci, pupille irrégulière et champ pupillaire obstrué en partie par des exsudats ; nombreuses synéchies postérieures immobilisant la pupille et empêchant de voir le fond d'œil. VOD = 4/50 ; VOG = 4/50.

Une iridectomie est pratiquée à l'œil gauche, en haut et en dehors ; l'iris très frippé est difficile à saisir, et l'iridectomie est suivie d'un hyphema assez abondant, qui se résorbe dans la première quinzaine.

La vision passe de 4/50 à 0,1 et à 0,3 après correction. VO = 0,1, 75° + 1,75 = 0,3.

Deux mois après, iridectomie à l'œil droit, suivie d'une

notable amélioration ; les nouvelles pupilles sont très larges.

La vision, comme pour l'œil gauche, passe de 4/50 à 0,1 et à 0,3 après correction.

VOG = 0,1, 75° + 1,75 = 0,3.

La tension oculaire est normale des deux côtés.

Observation XIX

Uvéïte chronique, atrophie consécutive (pas d'intervention.) Observation inédite. *Service de la Clinique Ophtalmologique de Montpellier*, 1910, n° 4785.

V..., 55 ans, ménagère. Diminution de la vision OG depuis un an et demi, ayant débuté par de la rougeur et d'assez fortes douleurs orbitaires, persistant pendant un mois, puis état subaigu jusqu'à il y a 2 mois où une nouvelle crise plus violente que la première décide la malade à venir consulter. La vision a baissé considérablement. Pas d'antécédent héréditaire. Bonne vue antérieure, n'est plus réglée depuis un an et demi.

Etat actuel : œil droit normal, OG, chambre antérieure diminuée de profondeur. Iris gris-jaunâtre, frippé, godroné (en tomate), pupille rétrécie, irrégulière, encombrée d'exsudats et ne réagissant pas à la lumière. Bonne projection lumineuse. Fond d'œil inéclairable, hypotonie légère. Œil en voie d'atrophie.

Pas d'intervention chirurgicale.

Observation XX

Uvéite chronique double à poussées glaucomateuses (iridectomie). Observation inédite. *Service de la Clinique Ophtalmologique de Montpellier*, 1910, n° 4640.

T... Cécile, 38 ans. Entre pour douleurs et diminution de la vision ODG. Pas d'antécédent héréditaire ; avortement il y a six ans, gravidité remontant à 3 mois.

Débuts de l'affection oculaire il y a dix ans. Douleur et rougeur OG. Depuis, diminution progressive de la vision. Il y a trois mois, nouvelle crise avec douleur, rougeur, léger état général et nouvelle diminution de la vision.

Les mêmes phénomènes se sont passés à droite et depuis aussi longtemps, mais à aucun moment il n'y eut de crise douloureuse.

Etat actuel : OD, conjonctives légèrement hyperhémiées. Iris terne, décoloré, pupille irrégulière, synéchies postérieures, fond d'œil inéclairable par troubles des milieux. OG, mêmes lésions, mais synéchies postérieures plus nombreuses ; pupille irrégulière en forme de trèfle, encombrée d'exsudats et insensible à la lumière.

Des deux côtés, la tension intra-oculaire est augmentée. VOD = 0,2 ; VOG = Q.

Une iridectomie est pratiquée à gauche et en même temps que la tension redevient normale, l'acuité remonte à 2/50.

Un mois plus tard, la vision de l'œil droit ayant baissé de 0,2 à 0,1, une iridectomie est pratiquée de ce côté ; la tension est alors normale.

Une semaine après, un avortement vient interrompre la grossesse en cours.

La malade, depuis ces iridectomies, n'a plus eu de poussées oculaires et la vision s'est maintenue.

NATURE DE L'UVÉITE	AGE du MALADE	ÉTIOLOGIE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT		RÉSULTAT THÉRAPEUTIQUE
				GÉNÉRAL	LOCAL	
Obs. Première **Chronique double**	15 ans	Etablissement pénible des prem. règles.	Atrésie pupillaire. Poussées glaucomateuses. Rechute à chaque période menstruelle.	Traitement emménagogue.	Atropine ODG Iridectomie.	VOD = vision normale. VOG = 1/6
Obs. II **Chronique double**	39 ans	Ulcération du col utérin.	Traitement local inefficace.	Périnéorraphie. Pessaire.	ODG Iridectomie.	Guérison par traitement utérin.
Obs. III **Chronique double**	18 ans	Dysménorrhée.	Rechute à chaque période menstruelle.	Traitement emménagogue.	ODG Iridectomie large.	Rétablissement des règles VOD = 1 VOG = 1
Obs. IV **Chronique OG**	43 ans	Endométrite.	Rechute à chaque période menstruelle, dure depuis 12 ans.	Injection hypodermique de pilocarpine.	Atropine Iridectomie.	Amélioration, puis rechute.
Obs. V **Chronique double**	36 ans	Déviation utérine.	Aggravation aux périodes menstruelles.	Frictions mercurielles.		VOD = Q VOG = 1/35
Obs. VI **Chronique double**	24 ans	Pas d'antécédent personnel.	Poussées glaucomateuses, occlusion pupillaire totale. VOD = 0,3 VOG = Q		OD *Extraction du cristallin transparent.*	VOD = 0,6.
Obs. VII **Chronique double**	42 ans	Pas d'antécédent personnel.	Poussées glaucomateuses VOD = 0,2 VOG = 0,1	Calomel. Fer. Arsenic.	ODG Iridectomie. OG *Ionisation.*	VOD = 0,4. VOG = 0,1. VOG = 0,3.

NATURE DE L'UVÉITE	AGE du MALADE	ETIOLOGIE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT GÉNÉRAL	TRAITEMENT LOCAL	RÉSULTAT THÉRAPEUTIQUE
Obs. VIII **Chronique double**	58 ans	Ménopause. Dyspepsie.	État glaucomateux Cataracte secondaire. VOG = 1,50	Sangsues Pilocarpine.	ODG Iridectomie.	VOD = 0,6.
Obs. IX **Chronique double**	81 ans	Pas d'antécédent.	État glaucomateux, ODG cataracte secondaire au début. VOD = 1/20 VOG = 0,1		ODG Iridectomie large.	VOD = 1,50.
Obs. X **Chronique double**	37 ans	Pas d'antécédent.	VOD = Q VOG = 0,7	Atropine.	ODG Iridectomie large.	VOD 1,5.
Obs. XI **Chronique double**	35 ans	Pas d'antécédent.	VOD = Q VOG = diminution rapid.		ODG Iridectomie.	Amélioration progressive.
Obs. XII **Chronique double**	42 ans	Début à 26 ans.	Inefficacité du traitement médical.	Traitement général.	Atropine. ODG Iridectomie.	Guerison datant de huit ans.
Obs XIII **Chronique double**		Endométrite glandulaire chronique.	Inefficacité du traitement ophtalmologique. VOD = 0,2	Curettage utérin.	Atropine.	VOD = 0,6 depuis 6 mois.
Obs. XIV **Chronique double**	30 ans	Endométrite post abortum.	VOD = 1/4 VOG = 1/50	Iodure, Onguent napolitain. Purgation. Curettage utérin.	Atropine. Fomentations chaudes.	VODG = subnormale

NATURE DE L'UVÉITE	AGE du MALADE	ETIOLOGIE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	TRAITEMENT GÉNÉRAL	TRAITEMENT LOCAL	RÉSULTAT THÉRAPEUTIQUE
Obs. XV **Chronique double**	60 ans	Pas d'antécédent.	Poussées glaucomateuses VOD = Q VOG = 1/200		ODG Iridectomie.	VOG = 5/35 — 2 = $\frac{5}{18}$
Obs. XVI **Chronique double**	38 ans	Troubles utérins constipation.	VOD = 0,1 VOG = 0,1		Atropine. Injections sous-conjonctival. de HgCy et aconne.	Grande amélioration.
Obs. XVII **Chronique double**	56 ans	Fausse couche, ménopause.	VODG, compte les doigts à 40 centim. Cataracte secondaire VOD = Q		Atropine. ODG double iridectomie. OD nouvelle iridectomie, corelysis et extraction du cristallin.	VOD = 1/50 VOG = 1/50 VOD = 1/50 VOG = 3/50
Obs. XVIII **Chronique double**	34 ans (Hom.)	Blennorrhagie ancienne.	VOD = 4/50 VOG = 4/50		ODG Iridectomie.	VOD = 0,1 75° + 1,75 = 0.3 VOG = 0,1 75° + 1,75 0,3
Obs. XIX **Chronique OG**	55 ans	Ménopause.	OEil en voie d'atrophie.		Atropine.	Atrophie progressive.
Obs. XX **Chronique double**	38 ans	Troubles utérins.	Poussées glaucomateuses VOD = 0.2 VOG = Q		ODG Iridectomie.	VOG = 2/50 T = n

CONCLUSIONS

I. Le traitement est général, régional et local.

II. Les indications thérapeutiques varient suivant la phase subaiguë ou chronique de l'affection.

III. Le traitement général et le traitement régional sont nécessaires mais non suffisants.

IV. Lorsque l'affection n'a pas de tendance à s'arrêter spontanément, l'iridectomie est la seule intervention qui puisse la juguler.

V. L'iridectomie est indiquée, soit contre les complications (poussées de glaucome), soit contre l'uveïte elle-même, soit enfin comme préparation à l'extraction de la cataracte.

VI. Dans ce dernier cas, pour être efficace, l'iridectomie doit être pratiquée autant que possible alors que la poussée est complètement éteinte.

VII. Les résultats thérapeutiques sont favorables lorsque le traitement a été institué en temps opportun et défavorables dans le cas contraire.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 16 mars 1911.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé
Montpellier, le 15 mars 1911
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie C. — Des indications de l'iridectomie dans les iridochoroïdites. Ann. d'ocul. Paris, 1906, p. 441-447.

Baudoin M. (de Castres) — Complications inédites de l'iridectomie dans l'occlusion pupillaire complète et moyen d'y obvier. — Rev. génér. d'ophtalm., 1900, p. 457-458.

Berger. — Influence des maladies de l'utérus sur l'organe de la vision. Univers médical, sept 1891.

Berger. — Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale. Paris 1892 et 1905, in Encyclopédie française d'ophtalmologie.

Berger et Lœwy. — Les troubles oculaires d'origine génitale chez la femme. Paris, 1905.

Biscarrat. — Iritis chronique. Thèse Strasbourg n° 827, 1865.

Brusasco L. — Sulla cura dell' iridochoroïdite récidivante. Giorn. d. r. Soc. ed. Accad. vet. ital. Torino 1905-IV, p. 271-273.

Bulstie W. W. — A case of choroïditis due probably to necrosing ethmoïditis. Med. Hérald., St-Joseph 1905.

Burnham G H. — The combined treatment in diseases of the eye especially in that of the uveal tract. Bri. M. J. Lond. 1904, II, p. 310.

Caudron V. — Des affections du tractus uvéal dans leurs rapports avec les troubles de la vie sexuelle chez la femme. Gaz. des hôp. 1878, p. 859.

Chacon A. — La irido-coroïditis cronica. Gac. médic. de Mexico 1907, 3, s, ii 369-376.

Chacon A. — La inflammation cronica del tractus uveal. Arch. de oftal. hispano-américc. Barcel. 1909, IX, p. 15-20.

Champsaur. — Des résultats immédiats et éloignés de l'iridectomie dans l'irido-capsulite avec adhérences capsulaires. Thèse Lyon, n° 352-1887.

Darier. — Nouveau cas de vascularisation de la cristalloïde antérieure suite d'irido-choroïdite chronique. Société d'Ophtal. de Paris, avril 1895.

De Lapersonne. — De l'uveïte dyscrasique. Extrait du Bulletin Médical du Nord 1889.

Deniau. — Influence des maladies de l'appareil utéro-ovarien sur le système oculaire de la femme. Revue générale de clinique et thérapeutique, 1888, 20 sept.

De Schweinitz G. E. — La symptomatologie et l'étiologie de certaines variétés d'uvéïtes. Journal of the American Medical Association, 20 septembre 1902.

— Choroïdal diseases : their relations to general diseases and particulary to infections intoxications and auto-intoxications. Ann. Opht. New York 1906, XXXV, pp. 535-552.

De Wecker. – Irido-choroïdite et endométrite chronique : S. M. 1891.

Dimoyat. — Des troubles oculaires d'origine gastro-intestinale. Thèse de Montpellier, 1907.

Distler. — Uber die OEtiologie der chronischen Irido-choroïditis der Erwaschenen. Opht. Klin. Stuttg. 1906-X, pp. 385-392 In Revue gén. d'Ophtalmol. 1909, p. 159.

Espinat. — Contribution à l'étude des irido-choroïdites métritiques. Thèse Paris, n° 505, 1896.

Feilchenfeld H. — Uber spontane Irido-choroïditis chronica (Uveïte irienne), Zeitschr. f. augenh. Berl. 1901, v. pp. 19-24. In Annales d'Oculistique 1901, p. 386.

Fisch H. M. — Some cases of uveïtis due to accessory sinus disease. Ann. J. Opht. St-Louis 1904-XXI, pp. 353-373. In Revue gén. d'opht. 1905, pp. 305-306. (De quelques cas d'uveïtes dus aux sinusites.)

Fromaget et Ulry. — Choroïdite séreuse à répétitions coïncidant avec des poussées d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux, mai 1897. In Archives d'Ophtal., pp. 1898, 259.

Fuscus. — Iritis chronique idiopathique. Iritis diathésique. Manuel d'Ophtalmol., 1906, p. 375.

Galezowski — Des affections oculaires consécut. à la suppression des règles. Rec. d'Ophtalm. 1875.

Grandclément. — Uvéite irienne. Société française d'Ophtalmologie, mai 1891. Compte rendu in Archives d'Ophtalmol., 1891, pp. 337-338.

— Nouvelle contribution à l'uvéite irienne. Société des Sciences Médicales, Lyon 1896. In Archives d'Ophtalmol. 1896, pp. 613-617.

— Observations et considérations nouvelles sur l'uvéite irienne et irido-ciliaire. XIIIe Congrès Intern. de Méd. sect. d'Opht. 1900. Paris 1901. Compte-rendu pp. 318-325.

Groyer. — Les affections des yeux et l'auto-infection gastro-intestinale. Revue gén. d'Opht. 1905.

Haltenhoff. — Choroïdite métastatique à la suite d'un abcès de la prostate, in Berger.

Harriet. — Contribution à l'étude des iritis chroniques. Thèse, Paris, n° 167, 1906.

Hutchinson fils. — Irido-choroïdite goutteuse. Ophtalmic hospital rep., t. VII, 1873, p. 287. — Quiet iritis. Ophtalm. society of the united Kingdom, 6 juin 1886.

Ingalls, J. W. — Quiet iritis ; patient, history. Brooklyn M. J. 1900. XIV, p. 823.

Jacobson. — Choroïdite due à la lactation. In Berger.

Janot. — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'œil et de l'utérus. Œil utérin. Thèse Montp., n° 41, 1891.

Jocqs. — Bulletin et Mémoire de la Société Méd. Chirurg. de Paris 1899 Société d'Ophtalm. 1894.

Jocqs — Causerie clinique sur les affections oculaires latentes, 1896.

Kallest Wapermann. — Handb der pathag. microorgaindenen, t. I., p. 236, 1903 in Van Duyse, Ophtalm. provinciale, mars 1903.

Kruckmann. — Erkrankungen der Uvea, Glaskorpers und der Sklera. Lehrb. d. Augenheilk. hrsg. v. Th. Axenfeld, Jena 1909, p. 388-443.

Lagrange. — Iritis torpide ou insidieuse. Précis d'ophtalmologie, 1897.

Lalung-Bonnaire. — Considérations sur les choroïdites infectieuses endogènes. Thèse Bordeaux 1901, n° 27.

Leber. — Irido-choroïdite progressive. Arch. f. opht. XXXI, fasc. 4 et XXI 3.

Lerat. — Essai sur certaines lésions de l'œil liées à la menstruation. Thèse Paris n° 190, 1878.

Ludlam. — Relations physiologiques et pathologiques existant entre l'utérus et les yeux. (The physiological and morbid relations existing between the uterus and the eyes) New-York medical Times, Juillet 1893.

Michel. — Rechute des iritis chroniques dues à la menstruation. Traité d'Ophtalmologie.

Mooren. — Gesischtsstrüngen und uterinleiden. Archiv. fur Augenheilkunde 1881, p. 519.

Noblot P. A. Essai sur les affections oculaires liées à la menstruation. Thèse Bordeaux 1889.

Oursel. — Contribution à l'étude des affections oculaires dans quelques troubles de la menstruation. Thèse Paris 1885.

Paloque A. — L'œil diabétique. Thèse Lyon, n° 14, 1905.

Panas — Irido-choroïdite insidieuse. Etiologie, diagnostic et traitement. Sem. méd. Paris 1900, XX, p. 105-106.

— Rôle de l'auto-infection dans les affections oculaires. Rapport à la Société française d'Ophtalm. 1897.

Parenteau. — L'iritis et l'iridochoroïdite liées aux affections utérines (de la vitreïte). Compt. rend du Congr. intern. d'homéopathie. Paris, 1889.

Pargoire P. — De la menstruation en pathologie oculaire. Thèse Paris, 1892.

Percepied E. — Note sur deux cas d'iritis séreuse rhumatismale récidivante. Rev. méd. du Mont-Dore. Clermont-Ferrand, 1902, III, pp. 70-73.

Posey, W. Campbell. — Résultat inespéré obtenu par l'iridotomie dans un œil atteint d'iridocyclite et de cataracte compliquée. Soc. méd. de Philadelphie (sect. d'opht.), 7 avril 1906. In Ann d'Oculistiq., 1906, t. CXXXVI, p. 491.

Pulch. — De l'influence de la menstruation sur l'apparition d'accidents oculaires. Arch. d'ophtalm., 1889, p. 410.

— Affections du tractus uvéal liées à l'établissement de la puberté. Rec. d'Ophtalm., sept. 1889.

Rampoldi R. — Rapporti morbosi existenti fra l'apparato sessuale e il visivo. Thèse Milano, 1881.

Robine A. — Iritis d'origine navale. Thèse, Paris, 1900, n° 282.

Rouquette. — Troubles visuels symptômes d'affection utérine. Thèse, Montpellier, 1881.

St-Martin. — De l'iridectomie dans les iritis à rechute. Thèse Paris, n° 201, 1885.

Scaffidi V. — Sopra un caso di tubercolosi cronica della coroide. Policlin. Roma 1903, X scz. med. pp. 270-275.

Senn A. — Zur Aetiologie der chronischen sogen idiopathis hen iridochoroïd. Cor. Bl. f. schweiz. Aerzte Basel 1900, XXX, pp 530-539.

Stock W. — Tuberkulose als Aetiologie der chronischen Entzündungen des Auges und seiner Adnexe besonders der chronischen Uveïtis. Arch. f. Opht. Leipz. 1907, XVI, p. 103. In Revue gén. d'Opht 1907, pp. 448-449.

Thaon A. — Affections oculaires liées à la menstruation. Thèse Paris 1879.

Trousseau. — Irido-choroïdite cataméniale. Rec. d'opht. 1890, p. 349.

— Société d'Ophtalmologie de Paris, 1891.

Truc. — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'avortement et des affections oculaires. Iridochoroïdite plastique consécutive à un avortement provoqué. Nouveau Montpellier Médical 1892 et Archives d'Ophtalmologie 1893, pp. 314-315.

Truc, Valude et Fraenkel. — Nouveaux éléments d'Ophtalmologie 1908. Maloine, 2e édition.

Truc. — Uveïte chronique double. Leçon clinique du 13 juin 1910. (Inédite).

Vacher M. (d'Orléans). — Note sur l'iridectomie périphérique avec iridodialyse. Revue gén. d'opht. 1900, pp. 443-444 (analyse).

Van Duyse (de Gand). — Uvéïte endométritique dans un œil colobomateux (Ophtalm. provinciale, mars 1909, pp. 45-47).

Vignes et Batuaud. — Irido-choroïdite d'origine utérine. Arch. d'opht., 1896, XVI, p. 449.

Woods H. — Analyse de 37 cas d'Uvéïtes. Journal of the american Association, sept. 1902.

Zimmermann G. — Résultat du traitement des irido-choroïdites par l'iridectomie. Inaugural dissertation. Bâle, 1903, in Revue générale d'Ophtalm., 1903, p. 351.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

PRÉFACE 9

INTRODUCTION 13

CHAPITRE PREMIER. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. . . 17

CHAPITRE II. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. 23

CHAPITRE III. — TRAITEMENT GÉNÉRAL. 24

a) *Médical*. 24

Désinfection intestinale 24

Traitement utérin 27

Mercuriaux, iodures, etc. 28

b) *Chirurgical*. 28

Traitement utérin 28

Organes génitaux de l'homme 30

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT RÉGIONAL. 31

CHAPITRE V. — TRAITEMENT LOCAL 33

a) *Médical* 33

Mydriatiques 34

Topiques chauds. 36

Ionisation 37

Pointes de feu. 37

b) *Chirurgical* 38

Corélysis 40

Iridectomie. 40

Extraction du cristallin transparent. 45

Extraction du cristallin cataracté 45

OBSERVATIONS 47

Tableau synoptique des observations. 64

CONCLUSIONS 67

Bibliographie. 68

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !